

70歳未満用

(非課税者除く)

常務理事

事務長

課長

係

健康保険

限度額適用認定

申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者証 記号一番号	—	被保険者氏名 及び生年月日	昭和・平成 年 月 日	
事業所 (任継は記入不要)	名称			
	所在地			
適用対象者 (療養を受ける方)	氏名	被保険者との続柄		
	生年月日	昭和 平成 年 月 日	性別	男・女
①被保険者の住所	〒			
②限度額証の使用開始日	平成 年 月 日から使用予定(入院・外来)			

《送付先選択欄》※いずれか一つを選択して下さい。

事業所(本社)の担当者宛に送付希望

事業所経由とする同意が必要となりますので、下記に署名・捺印してください。

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ 印

自宅へ送付希望(①の住所に送付致します)

平日(9時~17時)に連絡の取れる電話番号 \_\_\_\_\_ ( )

その他を希望

その他を希望する理由 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

宛名 \_\_\_\_\_

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

受付日付印

<健保組合記入欄>

適用区分		有効期限	平成 年 月 日
------	--	------	----------

倉庫業健康保険組合